



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η Υ.Πε. ΚΡΗΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΣΙΘΙΟΥ-
Γ.Ν.-Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΕΩΣ «ΔΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ»
ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΗΤΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ:

Ημερομηνία:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ - ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. – Πόλη:		Τηλέφωνο:	
Ηλικία:			ΑΜΚΑ:		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ο/Η υπογεγραμμένος ιατρός βεβαιώνω ότι ο/η υπό τα
ανωτέρω στοιχεία ασθενής

☐ Εξετάσθηκε στα Ε.Ι. ή Τ.Ε.Π. την

☐ Νοσηλεύθηκε στο Νοσοκομείο μας,

Στο Τμήμα Από Έως
Στο Τμήμα Από Έως

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο ανωτέρω ασθενής πάσχει από

Υπεβλήθη σε

Αγωγή – Οδηγίες

Η παρούσα χορηγείται σε απάντηση της από αίτησής του, για να χρησιμοποιηθεί:

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

Ο/Η Ιατρός